

## ALTENHEIM ST. ELISABETH

Rosental 33  
91792 Ellingen

Telefon: +49 (0) 9141 / 3975

Telefax: +49 (0) 9141 / 81265

E-Mail: [info@altenheim-ellingen.de](mailto:info@altenheim-ellingen.de)

Web: [www.altenheim-ellingen.de](http://www.altenheim-ellingen.de)



ALTENHEIM  
ST. ELISABETH  
ELLINGEN

# ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

**Kurzzeitpflege** (bitte telefonisch vereinbaren)

**Vollstationäre Pflege**

## 1. ANGABEN ZUR PERSON

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_

Staats-  
angehörigkeit \_\_\_\_\_

### Kontakt

Straße \_\_\_\_\_

Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## 2. KRANKENKASSE

Ich bin **privat versichert**

Ich bin **gesetzlich versichert**

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

Ich bin von Rezeptgebühren befreit

ja

nein

Folgender Pflegegrad ist vorhanden

kein Pflegegrad

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

## WICHTIG

Bitte **Patientenverfügung / Betreuungsvollmacht / Vorsorgevollmacht** sowie letzten **Arztbrief** und **Augenarztbefund** mitbringen!

Für den Aufenthalt der Kurzzeitpflege bitte benötigte **Medikamente** und **Inkontinenzversorgung** mitbringen!

### 3. KONTAKTE

#### Hausarzt /-ärztin

Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Hausnr.

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnr.

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

#### Betreuende Person

Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Hausnr.

\_\_\_\_\_

Postleitzahl

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnr.

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

### Angehörige Personen

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Die oben genannte angehörige Person ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Die oben genannte angehörige Person ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Die oben genannte angehörige Person ist mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner verwandt oder ihr nahestehend als \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## 4. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die letzte Tetanus-Impfung war \_\_\_\_\_

Besteht eine COVID-19 Impfung? ja nein

**Ich habe eine private Haftpflichtversicherung** ja nein

↳ wenn nein, bitte ggf. abschließen

**Ich habe eigene Hilfsmittel**

Brille ja nein

Zahnprothese ja nein

Hörgerät ja nein

Gehstock ja nein

Rollator ja nein

Rollstuhl ja nein

Toilettenstuhl ja nein

Sonstige \_\_\_\_\_ ja nein

**Wäsche sammeln zum zuhause waschen** ja nein

↳ wenn nein, Wäsche vorher zum Zeichnen bringen. Waschen und Zeichnen ist kostenpflichtig!

**Essgewohnheiten**

Diäten / Allergien / Unverträglichkeiten / etc.

## Informationen an das Pflegepersonal

---

---

Ort

Datum der Anmeldung

Unterschrift